BON DE COMMANDE

Nom de la compagnie : _____

Adresse : _____

Ville / Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (_____) _____ Fax : (_____) _____

Nom du requérant (lisible *s.v.p.*) : _____

À commander	No Produit	Description du produit	Prix	/	Total

**** Les taxes et les frais de transport ne sont pas inclus (C.O.D. pour les particuliers) ****

Sous–total $

Entreprise : payable par chèque Cie, Visa ou Mastercard

Numéro de commande : _____

Signature du requérant : _____ Date : _____

Mars/09

www.dgreanimation.com
Tél.: 450 926-2301

D & G MÉDICAL
Fax: 450 926-1383

commande@dgreanimation.com
Sans frais 1 888 926-2301